



# RICHIESTA D'ISCRIZIONE AL SERVIZIO "FUORICLASSE... PER UN INIZIO DA URLO!" 12 - 19 SETTEMBRE 2025

NOME E COGNOME DEL GENITORE

RESIDENTE A

VIA

N.

TELEFONO

MAIL

CODICE FISCALE

IN QUALITA' DI GENITORE DI:

NATO/A IL

RESIDENTE A

VIA

N.

ISCRITTO PER L'ANNO 2025/2026 ALLA CLASSE:

SEZIONE:

PLESSO:

CAROLI

DON MINZONI

DICHIARO DI:

- AVER PRESO VISIONE DEL DOCUMENTO "LINEE GUIDA" E ACCETTARE TUTTE LE CONDIZIONI INDICATE
- AVER PROVVEDUTO ALL'ISCRIZIONE DI MIO FIGLIO/A AL SERVIZIO MENSA
- BENEFICIARE DELLO SCONTO FRATELLI/SORELLE (IN CASO DI ISCRIZIONE AL SERVIZIO DI PIU' FIGLI). INDICARE I NOMI DEGLI ALTRI FIGLI ISCRITTI AL SERVIZIO:





**DICHIARO INOLTRE:**

- CHE UN GENITORE ATTENDERA' PERSONALMENTE IL MINORE ALL'USCITA DA SCUOLA AL TERMINE DELL'ORARIO DEL SERVIZIO
- DI AUTORIZZARE L'USCITA AUTONOMA DEL PROPRIO/A FIGLIO/A DAI LOCALI SCOLASTICI AL TERMINE DELL'ORARIO DEL SERVIZIO
- DI DELEGARE LE PERSONE SOTTO RIPORTATE AL RITIRO DELL'ALUNNO/A AL TERMINE DEL SERVIZIO, LIBERANDO LA SCUOLA, L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE E L'OPERATORE ADDETTO AL SERVIZIO, DA RESPONSABILITÀ NELLA CUSTODIA DEL MINORE SE AFFIDATO AD UNA DELLE SEGUENTI PERSONE MAGGIORENNI:

COGNOME NOME

CELLULARE

PARENTELA

- DI IMPEGNARMI A COMUNICARE TEMPESTIVAMENTE AL COMUNE QUALSIASI VARIAZIONE RISPETTO A QUANTO QUI DICHIARATO

**AI FINI DELLA FORMAZIONE DI UN'EVENTUALE LISTA D'ATTESA DICHIARO CHE IL MIO NUCLEO FAMILIARE HA LE SEGUENTI CARATTERISTICHE:**

- NUCLEO MONOGENITORIALE
- NUCLEO CON PRESENZA DI ENTRAMBI I GENITORI OCCUPATI
- PRESENZA NEL NUCLEO FAMILIARE DI UN COMPONENTE MINORENNE AFFETTO DA DISABILITÀ GRAVE, ACCERTATA AI SENSI DELL'ART. 3, COMMA 3 DELLA LEGGE 104/1992 OVVERO BENEFICIARIO DELL'INDENNITÀ DI ACCOMPAGNAMENTO, DI CUI ALLA LEGGE N. 18/1980 E SUCCESSIVE MODIFICHE/INTEGRAZIONI CON LEGGE N. 508/1988;

**ALLEGARE:**

- Copia carta d'identità del genitore

**FIRMA:**



# **RICHIESTA D'ISCRIZIONE AL SERVIZIO "FUORICLASSE... PER UN INIZIO DA URLO!" 2025/26**

<b>TARIFFE</b>	
<b>PRIMARIA CAROLI E DON MINZONI: TARIFFA SETTIMANALE DEL SERVIZIO DI COPERTURA POMERIDIANA DAL 12 AL 19 SETTEMBRE</b>	EURO 49
<b>AL SERVIZIO DEVE ESSERE AGGIUNTO IL COSTO DEI PASTI USUFRUITI</b>	EURO 5,73

IL COSTO DEL PASTO VERRA' ADDEBITATO SECONDO LE MODALITA SCELTE IN SEDE DI  
ISCRIZIONE AL SERVIZIO  
IN CASO DI ASSENZA IN UNO DEI GIORNI, IL COSTO DEL PASTO NON VERRA'  
ADDEBITATO

SCONTO FRATELLI: 10% SU OGNI FIGLIO SUCCESSIVO AL PRIMO, APPLICATO ALLA  
TARIFFA SETTIMANALE

LA CONFERMA DELL'ISCRIZIONE VERRA' INVIATA  
A SEGUITO DI RAGGIUNGIMENTO DEI POSTI MINIMI PER L'ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO.  
SUCCESSIVAMENTE ALL'AVVENUTA CONFERMA DI ATTIVAZIONE DEL SERVIZIO VERRA'  
RICHIESTO IL VERSAMENTO DELLA TARIFFA